



Böbrek Adenokarsinomu ve Benign Prostat Hipertrofisi ile İlişkili Leser-Trelat Sendromu

A Leser-Trelat Syndrome Associated with Renal Adenocarcinoma and Benign Prostat Hypertrophia

Leser-Trelat Sendromu / Leser-Trelat Syndrome

Tuncer Saçar ¹, Handan Saçar ²

¹ Dermatoloji servisi, Özel BucaDoruk Tıp Merkezi,

² Dermatoloji Servisi, Bornova Şifa Hastanesi, İzmir, Türkiye.

Özet

Leser-Trelat yaygın seboreik keratozlarla ilişkili, genelde altta yatan gizli içorgan kanserinin deri bulgularından birisi olarak bilinmektedir. Klinisyen açısından önemli bir ipucu olan bu bulgunun fark edildiğinde yapılması gereken, gizli içorgan kanserinin olup olmadığının açığa çıkarılmasıdır. Burada aynı hastada hem böbrek adenokarsinomu hem de benign prostat hipertrofisi ile ilişkili olduğu düşünülen Leser-trelat sendromlu olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler

Leser-Trelat, Gizli Kanser, Böbrek Adenokarsinomu, Benign Prostat Hipertrofisi.

Abstract

Lesser-Trelat is generally known to be one of the cutaneous findings of visceral occult cancer and is associated with diffuse seboreic ceratosis. That finding is an important clue for a clinician and when is noticed it has to be cleared up whether there is a visceral occult cancer. We report a case with Leser-trelat syndrome, thought to be associated both with renal adenocarcinoma and benign prostat hypertrophia present in a same patient.

Keywords

Leser-Trelat, Occult Cancer, Renal Adenocarcinoma, Benign Prostat Hypertrophy.

DOI: 10.4328/JCAM.10.2.25 Received: 12.11.2009 Accepted: 02.01.2010 Printed: 01.05.2010 J.Clin.Anal.Med. 2010 ; 1(2): 44-46

Corresponding author: Tuncer Saçar, Mehmet Akif Caddesi, İnkılap Mah. No:107, Şirinyer, İzmir, Türkiye.

Phone: +90 232 487 60 60 E-mail: tuncersacar@hotmail.com

Giriş

1890 yılında Leser ve Trelat tarafından tanımlanan, özellikle yaşlı popülasyonda aniden kaşıntılı seboreik keratozların sayı ve büyüklüklerinin artışı ile karakterize, iç organ kanserlerinin göstergesi olabilen deri bulgusudur [1]. Literatürde böbrek adenokarsinom ilişkili Leser-Trelat sendromu oldukça nadir görülmektedir.

Olgu

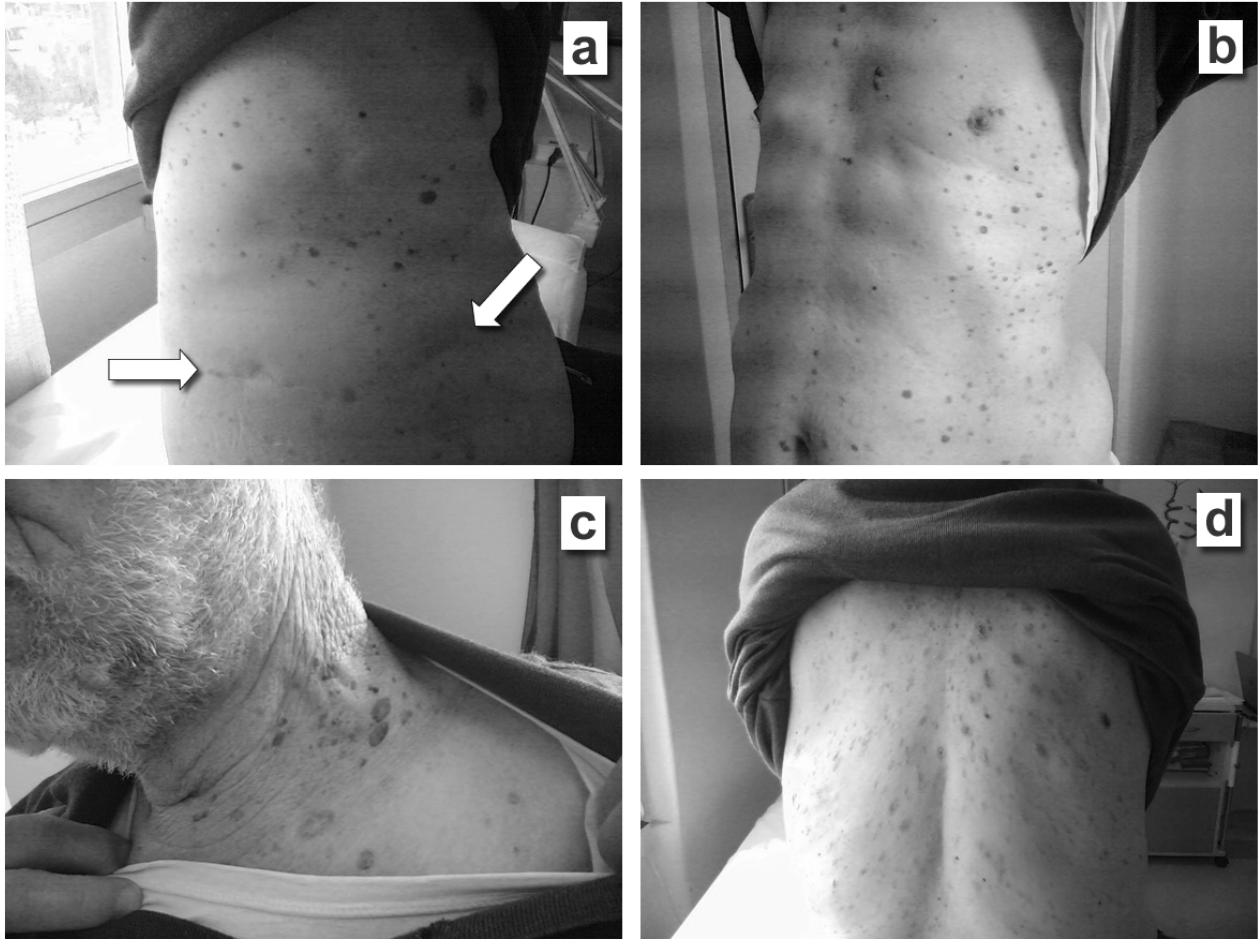
75 yaşında erkek hasta sırtında şiddetli kaşıntılı kabuklanmalar şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın şikâyetleri 4,5 yıl önce aniden başlamış ve 4 yıl önce de böbrek tümörü nedeniyle nefrektomi yapılmış. Son altı ay içinde gövdedeki lezyonlarında artış görülen hasta son 6 aydır benign prostat hiperplazisi tanısı ile izlenmektedir. Testlerinde total prostat spesik antijenin hafif yüksekliği dışında başka bir özelliği yoktu.

Dermatolojik muayenesinde sırtta kaşıntıya bağlı ekso-riye papüller, sağ lomber bölgede 20 cm'lik lineer nefrektomi insizyon skarı gözlemlendi (Resim 1a). Boyun, gövde ön, arka ve yan yüzlerde yaklaşık 500 adet 1 mm ile 2 cm çapları arasında değişen sarı-kahve renkli, sarı skuamli, deriden kabarık papül ve plakları mevcuttu (Resim 1b,c,d).

Tartışma

İleri yaşlarda aniden kaşıntılı seboreik keratozların sayı ve çaplarındaki artış bir internal malignite belirtisi olabilir. Etyolojisinde sorumlu tutulan tümörlerin salgılamış olduğu büyüme faktörleri olan transforming growth faktör alfa (TGF-alfa) ve epidermal growth faktör (EGF), seboreik keratoz gelişimini arttırmaktadır [2, 3]. Olguların %60'ında gastrointestinal kanala ait bir malignite, özellikle de mide adenokarsinomu saptanmaktadır. Bunun yanında meme kansinmaları, lenfoma, lösemi, melanom, nörofibrosarkom, hepatoma, osteojenik sarkom, pankreas, over, uterus adeno karsinomları, akciğer kanseri, özefagus kanseri, sezary sendromu, prostat adenokarsinomu, porfiry kutena tarda, malign hepatoma, renal hücreli karsinom, ampulla vateri tümörü, lenfoma, mikozis fungoides olguları ile de birlikteliğini bildiren çalışmalar mevcuttur. Olguların çoğunda dermatoz ve kanser gelişimi birlikte başlar ve klinik olarak paralel seyir gösterir. Tümörün cerrahi çıkarımı ile tam iyileşme gözlenen hastalarda deri lezyonlarında gerileme olduğu bildirilmektedir [4-8].

Kutanöz paraneoplastik sendromlar altta yatan tümörle ilişkili olabilmektedir. Bunlar; çomak parmak, hipertrofik osteoartropati, dermatomyozit, multisentrik retikülohistiyositoz, eritema giratum repens, nekrolitik migatuvar



Resim 1. Nefrektomi skarı(1a). Seboreik keratoz klinik görünümler (1b,1c ve 1d)

eritem, Trousseau's sendromu, akantozis nigrikans, palmar hiperkeratoz, akkiz iktiyoz, pitiriyazis rotunda, Bazex's sendromu, extramammar paget, leser-trelat sendromu ve akkiz hipertrikozis lanoginosadır. Kutanöz paraneoplastik sendromun bulunması sıklıkla kötü prognoz belirtisidir [9]. İleri yaş bir hastada ani ortaya çıkışlı yaygın seboreik keratozları gördüğümüzde Leser-Trelat sendromunu akla getirerek gizli internal malignite açısından hastanın sorgulanması gerekmektedir. En kısa sürede; rutin hematolojik ve biyokimyasal analizler, akciğer röntgeni, mammografi, servikal sitoloji, prostat spesifik antijen, gastrointestinal sistemin endoskopisi, ultrasonografi ve tomografik tetkikler yapılmalıdır [10, 11].

Hastamız böbrek kanseri tanısı almadan 6 ay önce sebo-

reik keratozlarının arttığını ifade etmekteydi. Nefrektomi sonrası dönemde seboreik keratozlarında artış olmayan hastanın son 6 aydır lezyonlarında tekrar artış olması ve yine 6 ay önce benign prostat hipertrofisi tanısı almış olması yeni lezyonların benign prostat hipertrofisi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Metastazı ve nüksü olmayan hastada benign prostat hipertrofisi dışında başka bir rahatsızlık yoktu.

Literatür araştırmamızda ve textbooklarda benign prostat hipertrofisi ile ilişkili Leser-Trelat olgusunun bulunmaması, şu ana kadar bildirilmiş ikinci böbrek adenokarsinom ilişkili Leser-Trelat sendromu olması ve ikinci kez aynı hastanın Leser-Trelat sendromu tanısı alması nedeniyle bu olgumuzu sunmayı uygun gördük.

Kaynaklar

1. Yaniv R, Servadio Y, Feinstein A, Trau H. The sign of Leser-Trelat associated with transitional cell carcinoma of the urinary-bladder-a case report and short review. *Clin Exp Dermatol* 1994;19:142-145.
2. Pentenero M, Carozzo M, Pagano M, Gandolfo S. Oral acanthosis nigricans, tripe palms and sign of leser-trelat in a patient with gastric adenocarcinoma. *Int J Dermatol* 2004;43:530-532.
3. Hsu C, Abraham S, Campanelli A. Sign of leser-trelat in a heart transplant recipient. *Br J Dermatol* 2005;153:842-868.
4. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. *Dermatology*. 4th ed. Newyork: Sprenger-Verlag Berlin Heidelberg 1996:1444.
5. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K et al. Epidermal and appendageal tumors. In: Fitzpatrick's *Dermatology in general medicine* 6th ed. Newyork: The McGraw-Hill Companies, 2003;719-819.
6. Odom RB, James WD, Berger TG. Epidermal nevi, neoplasms and cysts. In: Andrew's *diseases of the skin* 9th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 2000;806.
7. Liddell K, White JE, Caldwell IW. Seborrhic keratoses and carcinoma of the large bowel. *Br J Dermatol* 1975;92:449.
8. Chiba T, Shitomi T, Nakano O. The sign of Leser-Trelat associated with esophageal carcinoma. *Am J Gastroenterol*. 1996;91(4):802-4.
9. Kurzrock R, Cohen PR. Cutaneous paraneoplastic syndromes in solid tumors. *Am J Med*. 1995;99(6):662-71.
10. Scully C, Barret WA, Gilkes J. Oral acanthosis nigricans, the sign of Leser-Trélat and cholangiocarcinoma. *British Journal of Dermatology* 145 (3), 506-507.
11. Ceylan C, Alper S, Kılıc I. Leser-Trelat sign. *Int J Dermatol* 2002;41:687-688.